



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

# Kvalitetsstandard for forløbskoordination 2009

<b>Udarbejdet af:</b>	Sten Dokkedahl
<b>Dato:</b>	24-06-2009
<b>Sagsid.:</b>	4031
<b>Version nr.:</b>	1



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

**Kvalitetsstandard for forløbskoordination 2009.**

<b>Område</b>	Sekretariatet Sundhed og Handicap Patientrettet forebyggelse i Det Mobile Sundhedscenter
<b>Ydelsens lovgrundlag</b>	Sundhedslovens § 119 Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. Stk. 2 Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
<b>Målgruppe</b>	Den særligt sårbare patient / borger, hvor situationen kompliceres af en eller flere kroniske lidelser eksempelvis hjertesygdomme, KOL, diabetes, væsentlige gener i bevægeapparatet, autoimmune sygdomme og forskellige kræftformer og hvor patientens evne til at håndtere sin kroniske sygdom er ringe/nedsat.
<b>Henvisnings – bevillingsgrundlag</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvor det vurderes, at der vil blive et behov for et tilbud ud over, hvad kommunen traditionelt tilbyder (hjemmehjælp, sygepleje, træning etc.).</li><li>• Hvor situationen kompliceres af at patienten lider af en eller flere invaliderende kroniske sygdomme</li><li>• Hvor situationen kompliceres af, at patienten og dennes netværk har få ressourcer.</li><li>• Hvor patienten giver udtryk for manglende overblik med behov for særlig støtte.</li><li>• Hvor der vurderes et behov for at koordinere indsatsen omkring patienten.</li></ul>
<b>Procedure for et vejledningsforløb</b>	Henvisning til forløbskoordinatoren foregår gennem praktiserende læge, behandlende sygehusafdeling eller kommunale sagsbehandlere samt sundhedspersonale, men kan også komme gennem henvendelse fra patienten eller dennes pårørende (opsøgende funktion). <ul style="list-style-type: none"><li>• Efter telefonisk eller elektronisk henvisning kontakter forløbskoordinatoren patienten/borgeren med henblik på afklaring og en eventuel aftale om et videre forløb.</li><li>• Ved første besøg lægges en individuel plan i samarbejde med patienten/borgeren.</li><li>• Aftalen dokumenteres i kommunens omsorgssystem og formidles elektronisk efter aftale til henvisende instans med forventelig mål og varighed på indsats fra forløbskoordinator (under hensyntagen til : ”Lov om patienters retstilling” ).</li><li>• Ved afslutning udarbejdes i samarbejde med patienten/borgeren en kort evaluering/status med aftalte videre anbefalinger og. Disse formidles efter aftale ligeledes elektronisk til henvisende instans (jf.” Lov om patienters retstilling”).</li></ul>



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

<b>Formål med støtten fra forløbskoordinatoren</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At indsatserne integreres og koordineres på tværs.</li><li>• At der sættes fokus på de sundhedsmæssige problemstillinger, der særlig har betydning for den pågældende patient.</li><li>• At patientens og dennes netværkets egen evne støttes til at mestre situationen.</li><li>• At patientens selvstændige livsførelse og deltagelse i samfundet understøttes.</li></ul>
<b>Hvilke opgaver indgår i støtten eller bevillingen</b>	<p>Forløbskoordinatoren udarbejder i samarbejde med borgeren en plan med udgangspunkt i dennes situation, behov, ønsker og mål. Vejledning vil tilrettelægges individuelt efter denne plan.</p> <p>Med fokus på den særligt sårbare patient vil forløbskoordinatoren støtte borgeren i:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakten til den kommunale forvaltning, det involverede sundhedspersonale og praktiserende/behandlende læge.</li><li>• Handleplan udarbejdet af den behandlende læge.</li><li>• Vejen gennem systemet/sundhedsvæsenet.</li><li>• Koordinering af forløb internt og eksternt.</li><li>• Patientens evne til at klare sig selv understøttes - selvmonitorering og selvbehandling.</li><li>• Konkrete og uoverskuelige problemstillinger – herunder angst og depression</li></ul>
<b>Hvilke opgaver/forhold indgår ikke i støtten/bevillingen</b>	<p>Ydelser bevilget efter Serviceloven eller ordineret i henhold til Sundhedsloven – således yder forløbskoordinatoren ikke hjemmehjælp, træning eller behandling.</p>
<b>Normeringsforhold og leverandør</b>	<p>Faaborg-Midtfyn Kommune har en forløbskoordinator ansat i 37 timer ugentligt.</p>
<b>Støttens omfang</b>	<p>Støttens omfang vurderes individuelt jf. patientens plan.</p>
<b>Er der mulighed for valg af leverandør</b>	<p>Ingen</p>
<b>Omkostning for borgeren</b>	<p>Ingen</p>



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

<b>Kvalitetsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• At patienten senest 1 uge efter henvisning bliver kontaktet af forløbskoordinatoren med henblik på aftale om plan og vejledning.</li><li>• At patienten modtager vejledning hurtigst muligt og senest fra 2 uger efter henvisning.</li><li>• At min. 85 % af patienterne er tilfredse med vejledningsforløbet.</li><li>• At patienten bliver mere bevidst om sin egen evne til at mestre en situation (egenomsorgskapacitet).</li><li>• At patienten bliver mere opmærksom på de faktorer/symptomer, der har en betydning for at kunne leve godt med sin kroniske lidelse. (selvmonitorering og behandling)</li><li>• Faaborg-Midtfyn Kommune vil frem til medio 2009 vurdere, hvor mange patienter ordningen kan rumme.</li></ul>
<b>Kvalitetsopfølgning/ opfølgning af kvalitetsmål</b>	Kvalitetsmålene følges op via statistikker og brugertilfredshedsundersøgelse. Der arbejdes løbende med kvalitetssikring i form af indhentning af status fra praktiserende læge. Kvalitetssikring af den enkelte vejledning: Anvendelse af COPM til egenmonitorering/evaluering.
<b>Særlige forhold</b>	Forløbs koordinationen starter den 1. september 2008.  Henvisning sendes til: Forebyggelse og Sundhed, Graabjergvej 3a, 5856 Ryslinge.  Forløbskoordinatoren er organiseret i Det mobile Sundhedscenter.